

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОПАСНОСТИ В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

/ Витебск /

Частота осложнений на этапе освоения техники лапароскопических операций может быть больше, чем в открытой хирургии по причине большей сложности в способе выполнения. Однако все имеющиеся отчеты и публикации показывают, что в общем операционная смертность и частота осложнений при выполнении операции лапароскопическим методом представляется равной или даже более низкой, чем при открытом методе оперирования.

В последнее время в печати участились сообщения о тяжелых интраоперационных и послеоперационных осложнениях лапароскопической холецистэктомии, которые заставляют хирургов более сдержанно и серьезно относиться к этому оперативному вмешательству. Это диктует необходимость анализа ошибок и осложнений в лапароскопической хирургии, разработки методов их профилактики, что особенно важно при остром холецистите.

С 1995 года в клинике произведено 1252 лапароскопических операций, 182 из которых выполнено при остром холецистите. При морфологической оценке деструктивная форма холецистита выявлена у 54 больных. Среди них, флегмонозный холецистит отмечен у 27 больных, гангренозный — у 9, эмпиема желчного пузыря — у 18. Большинство вмешательств сопровождалось техническими сложностями, обусловленными отеком тканей, нарушением топографоанатомических взаимоотношений структур в области гепатодуоденальной связки, кровотечением из ложа пузыря. Ввиду этого, операции требовали предельной осторожности, что увеличивало время вмешательства. Несмотря на это, только в одном случае наличие плотного инфильтрата в области связки потребовало лапаротомии.

Общее число интраоперационных и послеоперационных осложнений составило 2.9 %. При остром холецистите — 3.5 %. Летальность — 0.19 %.

Подпеченочный абсцесс мы наблюдали в одном случае. Гнойник был ликвидирован путем пункции и дренирования под контролем УЗ. Массивное кровотечение из культи пузырной артерии в одном случае явилось причиной к конверсии. После лапароскопической холецистэктомии погибли две больные с сопутствующей патологией. Одна пациентка умерла от острой дыхательной недостаточности на фоне двухсторонней пневмонии и у одной послеоперационный период осложнился геморрагическим инсультом с отеком головного мозга через месяц после операции. Обе больные оперированы по поводу острого деструктивного холецистита. Нагноение послеоперационной раны имело место у 2 больных, инфильтраты в 3 случаях.

Собственный опыт, а также анализ описанных в доступной литературе осложнений позволил сформулировать принципы безопасности проведения лапароскопических операций, выполнение которых в дальнейшем значительно сократило количество интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Интраоперационные осложнения возникают, как правило, вследствие особенностей анатомии, технических погрешностей во время операции или неисправности аппаратуры и недостаточного опыта хирурга и ассистента.

Совершенствование технологии, тщательное выполнение техники лапароскопических вмешательств на всех этапах, накопление опыта в выполнении операций, использование при необходимости дополнительного инструментария и оборудования, специальных технических приемов являются профилактикой осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде.